

COMMONSPIRIT HEALTH ANEXO A LA POLÍTICA DE GOBERNANZA

ANEXO Finanzas G-003A-3

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 15 de febrero de 2024

ASUNTO: Asistencia financiera - Washington

POLÍTICAS ASOCIADAS

Política de Gobernanza de CommonSpirit

Finanzas G-003, *Política de asistencia financiera*

Política de Gobernanza de CommonSpirit

Finanzas G-004, *Facturación y cobro*

Este anexo de Washington (Anexo) complementa la Política de Gobernanza de CommonSpirit G-003, *asistencia financiera* (la política de asistencia financiera), según sea necesario, a la luz de y para cumplir con los estatutos y reglamentos de Washington con respecto a la provisión de Atención en Hospital de Beneficencia, de acuerdo con la “Coordinación con otras leyes” de la Política de asistencia financiera.

Este anexo se aplica a todas las filiales y subsidiarias exentas de impuestos de CommonSpirit Health Direct en el estado de Washington, según se define en la Política de asistencia financiera. Si alguna disposición de este anexo está en conflicto o es inconsistente con cualquier disposición de la Política de asistencia financiera, prevalecerá este anexo.

Las referencias en la política de asistencia financiera a la atención médicamente necesaria y la atención médica de emergencia deben interpretarse de manera consistente con las definiciones de "servicios médicos hospitalarios apropiados" y "atención de emergencia o servicios de emergencia" contenidas en WAC 246-453-010(7) y (11), respectivamente. Sin embargo, este apéndice utilizará los términos “servicios médicos hospitalarios apropiados” y “atención de emergencia o servicios de emergencia”.

DEFINICIONES

- A.** “Ingreso familiar” se refiere a los recibos de efectivo totales antes de impuestos derivados de sueldos y salarios, pagos de asistencia social, pagos del Seguro Social, beneficios de huelga, beneficios de desempleo o discapacidad, manutención de los hijos, pensión alimenticia y ganancias netas de actividades comerciales y de inversión pagadas al individuo, en de acuerdo con WAC 246-453-010 (17).
- B.** “Servicios médicos hospitalarios apropiados” significa aquellos servicios hospitalarios que están razonablemente calculados para diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida, o causan sufrimiento o dolor, o resultan en enfermedades o dolencias, o amenazan para causar o agravar una discapacidad, o causar una deformidad física o mal funcionamiento, y no hay otro curso de tratamiento igualmente efectivo más conservador o sustancialmente menos costoso disponible o adecuado para la persona que solicita el servicio. A los efectos de esta sección, “curso de tratamiento” puede incluir la mera observación o, cuando corresponda,

ningún tratamiento en absoluto; WAC 246-453-010 (7).

- C. “Atención de emergencia o servicios de emergencia” se refiere a los servicios proporcionados por una condición médica o mental de emergencia relacionada con la atención; WAC 246-453-010 (11).
- D. “Período de calificación de elegibilidad” significa que los Pacientes aprobados para ser elegibles recibirán Asistencia financiera para todas las cuentas elegibles incurridas por los servicios recibidos veinticuatro (24) meses antes de la fecha de determinación (más el período de determinación de catorce (14) días), y prospectivamente por un período de seis (6) meses a partir de la fecha de determinación. Si se aprueba la elegibilidad según los criterios de elegibilidad presunta, la asistencia financiera también se aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por los servicios recibidos veinticuatro (24) meses antes de la fecha de determinación.

ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

- A. No se requerirá un saldo mínimo en la cuenta para que un paciente califique para recibir asistencia financiera.
- B. De conformidad con los términos de la política de asistencia financiera, a menos que sea elegible para la asistencia financiera presunta, se deben cumplir ciertos criterios de elegibilidad para que un paciente califique para la asistencia financiera. Este anexo actualiza dichos criterios de elegibilidad con lo siguiente:
 - Cualquier paciente cuyo ingreso familiar sea igual o inferior al 300% del FPL recibirá un descuento total del saldo de su cuenta por los servicios médicos apropiados basados en el hospital y la atención de emergencia o los servicios de emergencia proporcionados al paciente después del pago, si corresponde, por parte de un tercero pagador o patrocinadores.
 - Cualquier paciente cuyo ingreso familiar se encuentre entre el 301% y el 350% del FPL recibirá atención con descuento de hasta el 75%, que puede reducirse del saldo de su cuenta para servicios médicos apropiados basados en el hospital y atención de emergencia o servicios de emergencia brindados al paciente después del pago, si lo hubiere, por parte de terceros pagadores o patrocinadores, y cualquier cantidad razonablemente relacionada con los activos considerados según lo establecido en la política de pruebas de activos del centro hospitalario.
 - Cualquier paciente cuyo ingreso familiar se encuentre entre el 351% y el 400% del FPL recibirá atención con descuento de hasta el 50% del saldo de su cuenta para servicios médicos apropiados basados en el hospital y atención de emergencia o servicios de emergencia proporcionados al paciente después del pago, si corresponde, por terceros pagadores o patrocinadores, y cualquier cantidad razonablemente relacionada con los activos considerados según lo establecido en la política de pruebas de activos del centro hospitalario.
 - En el caso de que un centro hospitalario brinde atención con descuento superior a la requerida anteriormente (ya sea a través de montos generalmente facturados ("AGB"), pago por cuenta propia u otros descuentos), el paciente recibirá ese monto de atención con descuento mayor.
- C. Con respecto a los activos que pueden tomarse en consideración, el centro hospitalario buscará solo la información sobre los activos que sea razonablemente necesaria y que

esté fácilmente disponible para determinar la existencia, disponibilidad y valor de dichos activos.

- El centro hospitalario considerará los activos y recopilará la información relacionada con dichos activos según lo exijan los centros de Medicare y Medicaid ("CMS") para el informe de costos de Medicare. Dicha información puede incluir informes de activos convertibles en efectivo e innecesarios para la vida diaria del paciente.
- No se solicitarán formularios de verificación duplicados y solo se requiere un estado de cuenta corriente para verificar los activos monetarios.
- Si no hay documentación disponible para un activo, una declaración escrita y firmada del paciente o garante es suficiente.
- La información de activos no será utilizada con fines de recopilación.
- Los siguientes tipos de activos no serán considerados:
 - Los primeros \$5,000 de activos monetarios para un individuo o \$8,000 de activos monetarios para una familia de dos, más \$1,500 adicionales de activos monetarios para cada miembro adicional de la familia. El valor de cualquier activo tiene una penalización por el retiro anticipado que será el valor de los activos después de que se haya pagado la penalización;
 - Cualquier equidad en una residencia principal;
 - Planes de jubilación que no sean planes 401(k);
 - Un vehículo de motor y un segundo vehículo de motor si es necesario para fines laborales o médicos;
 - Cualquier contrato de funeral prepago o lote de entierro; y
 - Cualquier póliza de seguro de vida con un valor nominal de \$10,000 o menos.

D. Los "Estándares de cooperación del paciente", tal como se definen en la Política de asistencia financiera, solo se aplicarán en la medida en que:

- permitan que el centro hospitalario busque el reembolso de cualquier cobertura de terceros que pueda identificarse en el Centro hospitalario, de acuerdo con WAC 246-453-020(1);
- permitan que el centro hospitalario haga todos los esfuerzos razonables para determinar la existencia o inexistencia de un patrocinio de terceros que pueda cubrir total o parcialmente los cargos por los servicios prestados a cada paciente, de conformidad con WAC 246-453-020(4); y
- no impongan procedimientos de solicitud para el patrocinio de atención benéfica que supongan una carga irrazonable para la parte responsable, teniendo en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual o sensorial o barreras idiomáticas que puedan obstaculizar la capacidad de la parte responsable para cumplir con los procedimientos de solicitud, en de acuerdo con WAC 246-453-020(5).

E. La elegibilidad para recibir asistencia financiera no se basará en la residencia de una persona.

EL MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

- A. A los efectos de llegar a una determinación inicial del estado del patrocinio, los centros hospitalarios se basarán en la información proporcionada oralmente por la parte responsable. El centro hospitalario puede solicitar a la parte responsable que firme una declaración que certifique la exactitud de la información proporcionada al centro hospitalario a los efectos de la determinación inicial del estado del patrocinio, de conformidad con WAC 246-453-030(1). De acuerdo con WAC 246-453-020(1), si la determinación inicial del estado de patrocinio indica que la parte responsable puede cumplir con los criterios para la clasificación como persona indigente, los esfuerzos de cobro dirigidos a la parte responsable se impedirán en espera de una determinación final de esa clasificación, siempre que la parte responsable coopere con los esfuerzos razonables del centro hospitalario para llegar a una determinación final del estado del patrocinio.
- B. De acuerdo con WAC 246-453-030(2), además de los documentos enumerados en la Política de asistencia financiera, cualquiera de los siguientes documentos se considerará evidencia suficiente sobre la cual basar la determinación final del estado de patrocinio de atención caritativa, cuando la información de ingresos se considera de manera anual, según corresponda:
- Formularios que aprueban o niegan la elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado;
 - Formularios que aprueban o niegan la compensación por desempleo; o
 - Declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia social.
- C. Si hay indicios de que debido a la capacidad mental, física o intelectual del paciente, o debido a una barrera del idioma, completar el procedimiento de solicitud supondría una carga irrazonable para los pacientes, el centro hospitalario tomará las medidas razonables para facilitar el proceso de solicitud, incluso contratar a un intérprete para ayudar al paciente a través del proceso de solicitud, si es necesario.
- D. Los centros hospitalarios harán todos los esfuerzos razonables para llegar a las determinaciones iniciales y finales de elegibilidad para la asistencia financiera de manera oportuna. No obstante, los centros hospitalarios deberán realizar dichas determinaciones en cualquier momento, incluso después del período de solicitud, al conocer los hechos o al recibir la documentación aquí descrita, que indique que los ingresos del responsable son iguales o inferiores al trescientos por ciento (300%) según las pautas federales de pobreza ajustadas al tamaño de la familia. El momento de llegar a una determinación final de elegibilidad para la asistencia financiera no tendrá relación con la identificación por parte del centro hospitalario de las deducciones de atención caritativa de los ingresos a diferencia de las deudas incobrables. WAC 246-453-020(10).
- E. A cualquier parte responsable que se haya determinado inicialmente que cumple con los criterios para recibir asistencia financiera se le proporcionarán al menos catorce (14) días naturales o el tiempo que requiera la condición médica de la persona, o el tiempo que sea razonablemente necesario para asegurar y presentar la documentación descrita en WAC 246-453-030 antes de recibir una determinación final del estado del patrocinio.

- F. De acuerdo con WAC 246-453-030(4), en caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguna de la documentación descrita anteriormente, el centro hospitalario se basará en las declaraciones escritas y firmadas de la parte responsable para realizar una determinación final de elegibilidad para la clasificación como persona indigente.
- G. De acuerdo con WAC 245-453-030(5), las solicitudes de información del centro hospitalario a la parte responsable para la verificación de los ingresos y el tamaño de la familia se limitarán a lo que sea razonablemente necesario y esté fácilmente disponible para corroborar la calificación de la parte responsable para patrocinio de caridad, y no se puede utilizar para desalentar las solicitudes de dicho patrocinio. Solo se podrán verificar aquellos hechos relevantes para la elegibilidad, y no se exigirán duplicados de formas de verificación.
- H. El centro hospitalario notificará a las personas que solicitan asistencia financiera sobre su determinación final del estado de patrocinio dentro de los catorce (14) días calendario posteriores a la recepción de la información de acuerdo con WAC 246-453-020(7); dicha notificación deberá incluir una determinación de la cantidad por la cual la parte responsable será financieramente responsable.
- I. En el caso de que el centro hospitalario niegue la solicitud de asistencia financiera de la parte responsable, el centro hospitalario deberá notificar a la parte responsable sobre la denegación dentro de los catorce (14) días y proporcionar la base para la denegación.
- J. En el caso de que una parte responsable pague una parte o la totalidad de los cargos relacionados con los servicios médicos apropiados basados en el hospital y la atención de emergencia o los servicios de emergencia, y posteriormente se determine que cumplió con los criterios de asistencia financiera en el momento en que se prestaron los servicios, cualquier pago en exceso de la cantidad determinada como apropiada se reembolsará al paciente dentro de los treinta (30) días posteriores a la obtención de la designación de atención caritativa. WAC 246-453-020(11).
- K. De acuerdo con WAC 246-453-020(6), los centros hospitalarios no requerirán depósitos de las partes responsables cuyos ingresos sean iguales o inferiores al trescientos por ciento (300%) de las pautas federales de pobreza ajustadas según el tamaño de la familia, según se indica a través de una determinación inicial del estado del patrocinio.
- L. Para los servicios prestados a los pacientes a partir del 1 de julio de 2022, se aplicarán los siguientes procedimientos para identificar a los pacientes y/o sus garantes que puedan ser elegibles para la cobertura de atención médica a través de los programas de asistencia médica de Washington o Washington Health Benefit Exchange:
- Como parte del proceso de solicitud para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera y la atención caritativa, el centro hospitalario consultará si un paciente o su garante cumplen con los criterios para la cobertura de atención médica según los programas de asistencia médica según el capítulo 74.09 RCW o el Washington Health Benefit Exchange.
 - Como parte del proceso de asistencia financiera, el personal del centro hospitalario también trabajará con pacientes/familias que no tienen cobertura de terceros aplicable para evaluar si dichos pacientes/familias pueden ser

elegibles para Medicaid y/o cobertura de atención médica a través del Washington's Health Benefit Exchange. (RCW 43.71). El personal brindará asistencia con las solicitudes de Medicaid y del plan de salud calificado e incluye, entre otros, proporcionar al paciente/la familia información sobre el proceso de solicitud, ayudar a los pacientes a través del proceso de solicitud, proporcionar los formularios necesarios que deben completarse y/o conectar al paciente /familia con otras agencias o recursos que puedan ayudar al paciente/familia a completar dichas solicitudes.

- Al brindar asistencia en el proceso de solicitud, el centro hospitalario tendrá en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual, sensorial o barrera del idioma que pueda impedir que el paciente o su garante cumplan con los procedimientos de solicitud y no impondrá procedimientos al paciente o garante que constituiría una carga irrazonable.
- Si el paciente o el garante no hacen esfuerzos razonables para cooperar con el centro hospitalario al solicitar la cobertura conforme al capítulo 74.09 RCW o Washington Health Benefit Exchange, el centro hospitalario no está obligado a brindar atención caritativa a dicho paciente.
- El centro hospitalario no requerirá que un paciente solicite ningún programa público o privado en el que el paciente sea categóricamente inelegible o haya sido considerado no elegible en los 12 meses anteriores.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

En caso de que la identificación de la parte responsable como persona indigente sea obvia para el personal del centro hospitalario, y el personal del centro hospitalario pueda establecer la posición del nivel de ingresos dentro de los amplios criterios descritos en RCW 70.170.060, según las circunstancias de vida individuales contenido en la Política de asistencia financiera o de otro modo, el centro hospitalario no está obligado a establecer el nivel de ingresos exacto ni a solicitar documentación a la parte responsable, a menos que la parte responsable solicite una revisión adicional.

APELACIONES

- A. Todas las partes responsables a las que se les niegue la asistencia financiera recibirán y se les notificará un procedimiento de apelación que les permita corregir cualquier deficiencia en la documentación o solicitar una revisión de la denegación y resulte en una revisión de la determinación por parte del director financiero del centro hospitalario.
- B. Se notificará a las partes responsables que tienen treinta (30) días naturales para solicitar una apelación de la determinación final de su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Dentro de los primeros catorce (14) días de este período, el centro hospitalario no remitirá la cuenta en cuestión a una agencia de cobranza externa. Si el centro hospitalario ha iniciado actividades de cobro y descubre que se ha presentado una apelación, cesará los esfuerzos de cobro hasta que finalice la apelación. Después del período de catorce (14) días, si no se ha presentado ninguna apelación, el hospital puede iniciar actividades de cobro.

- C. Si la determinación final de la apelación confirma la denegación anterior de asistencia financiera, el centro hospitalario enviará una notificación por escrito a la parte responsable y al Departamento de Salud de conformidad con la ley estatal.

Todos los demás términos establecidos en CommonSpirit Governance Policy Finance G-003, *asistencia financiera*, permanecen inalterados.